

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THESE

N°
1171

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

François CECCALDI

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Commandeur de la Légion d'honneur
Né le 29 janvier 1895 à Evisa (Corse)

Contribution

au Diagnostic et à la Thérapeutique

des

Abcès Froids

de la Paroi Thoracique

Président : M. TROISIER, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ
11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1939

171

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

François CECCALDI

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Commandeur de la Légion d'honneur
Né le 29 janvier 1895 à Evisa (Corse)

Contribution
au Diagnostic et à la Thérapeutique
des
Abcès Froids
de la Paroi Thoracique

Président : M. TROISIER, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ
11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1939

LE DOYEN : TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIÈRE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRE.
Pathologie et thérapeutique générales	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	MONDOR.
Histologie	LEROUX.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.
	CHIRAY
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIERS.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de Neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



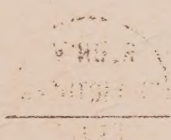
II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin), Hydrologie.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BULLJARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY..... Urologie.
 FUNCK..... Pathologie chirurgicale
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET..... Physiologie.
 DE GENNES... Pathologie médicale.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENEAU... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-Laryng.
 HUGUENIN..... Anatomie pathologique
 JOANNON..... Hygiène.
 LACOMME..... Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY... Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiâ-
 trie.
 MENEGAUX... Pathologie chirurgicale
 MOLLARET... Pathologie médicale.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale
 PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES..... Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET..... Physiologie.
 SENEQUE..... Pathologie chirurgicale
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH..... Pathologie chirurgicale



III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale
 BUSQUET..... Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENOT..... Obstétrique.
 HEITZ-BOYER. Pathologie chirurgicale

MM.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgic.
 LE LORIER.... Obstétrique.
 SCHWARTZ Clinique chirurgicale.
 VAUDESCAL... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE .. Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.
 ALAJOUANINE. Clinique médicale.
 AUBERTIN..... Clinique médicale.
 BRULE Clinique médicale.
 CHABROL Clinique médicale.
 FONZELLOT Clinique médicale.
 DUVOIR Clinique médicale.
 LILIAN Clinique médicale.
 PASTEUR-VALLÉRY-RABOT Clinique médicale.

MM.
 SEZARY Clinique médicale.
 BASSET Clinique chirurgicale.
 BROCC Clinique chirurgicale.
 CADENAT Clinique chirurgicale.
 GATELLIER Clinique chirurgicale.
 MOURE Clinique chirurgicale.
 QUENU Clinique chirurgicale.
 VELTER Clinique chirurgicale.

MM.
 ECALLE..... Clinique obstétricale.
 METZGER..... Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé..... Education Physique.
 LEDOUX-LEBARD..... Radiologie clinique
 RUPPE..... Stomatologie.
 WEILL-HALLE ... Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE
(*In memoriam*)

A MON PÈRE

A MA FEMME

A MES SŒURS

A M. le Professeur TROISIER
PROFESSEUR DE CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE
MÉDECIN DE L'HÔPITAL LAENNEC
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui a accepté la présidence de ma
thèse.

Hommage respectueux.

A M. le Docteur AZOULAY
ASSISTANT DE L'HÔPITAL LAENNEC

Qui m'a inspiré ce travail. Hommage
de respect et d'affection.

A M. le Professeur CUNÉO

A MM. les Docteurs TZANCK, PRUVOST.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGE

M. le Professeur GUILLAIN

M. le Professeur LEMIERRE

M. le Docteur DEVRAIGNE

EXTERNAT

M. le Professeur CUNÉO

M. le Docteur TZANCK

M. le Docteur PRUVOST

M. le Docteur HAUTEFEUILLE

INTRODUCTION

Le problème des abcès froids thoraciques est un de ceux qui par l'acte chirurgical modeste qui constitue sa thérapeutique d'élection est malheureusement fréquemment relégué au rang des affections bénignes.

En effet, la bénignité du pronostic est réelle, mais encore doit elle, étroitement être conditionnée par les arguments étiologiques qui seuls peuvent en ordonner les facteurs.

Nous nous proposons dans cette étude de passer succinctement en revue les théories qui ont été émises quant à l'étiopathogénie de ces abcès, de rappeler quelles déductions thérapeutiques ces théories ont pu entraîner à leur suite et de présenter succinctement quelques types de processus opératoires.

Enfin nous voudrions à la faveur d'une observation personnelle montrer, que, dans de nombreux cas le diagnostic peut se trouver orienté d'une manière tout à fait opposée à la réalité clinique et faire penser alors que nous nous trouvons devant une affection à pronostic favorable à un syndrome infiniment plus grave et à pronostic réservé.

CHAPITRE I

Les abcès froids thoraciques n'occupent dans le vaste domaine de la chirurgie de la tuberculose qu'une modeste place. L'intervention chirurgicale dont ils relèvent pour la plupart est entièrement modeste si on la compare aux opérations brillantes de la thoracoplastie moderne.

Le traitement de ces abcès froids a été souvent décrit et discuté pour que nous puissions en quoi que ce soit l'enrichir. Mais l'étude de l'observation ci-jointe nous a suggéré quelques réflexions et nous sommes amenés à confirmer entièrement les idées de Fredet.

On considère en général que les abcès tuberculeux nés dans la paroi thoracique ont une origine pleurale, osseuse ou cartilagineuse. Aussi parle-t'on communément d'abcès froids pleuraux costaux sternaux ou chondraux.

Rappelons que Souligoux eut le mérite d'écrire en 1894 que « beaucoup d'abcès froids thoraciques sont consécutifs à des lésions tuberculeuses des plèvres ou des poumons » et que « nombre d'abcès froids dits

osseux sont primitivement soit des lymphangites soit des adénites tuberculeuses. Mais c'est Fredet qui a démontré et affirmé le premier, que les abcès froids thoraciques étaient :

des adénophlegmons tuberculeux nés dans les ganglions qui drainent les lymphatiques de la plèvre pariétale que la tuberculose pleurale, costale, sternale ou chondrale était une contingence secondaire à cette adénopathie, que le traitement logique de ces abcès était une adénectomie, la résection sterno-costochondrale n'étant plus que la manœuvre d'exposition des parties initialement malades.

Nous nous sommes intéressés à cette question à cause de l'observation de M. Edier. Cette observation vient corroborer les idées de M. Fredet et l'origine ganglionnaire des abcès froids thoraciques est pour nous l'évidence même, elle a pour elle tous les arguments.

1^o Arguments anatomiques : les lymphatiques de la paroi thoracique et de la plèvre pariétale sont drainés par trois groupes de ganglions :

- a) les ganglions mammaires internes ;
- b) les ganglions intercostaux postérieurs ;
- c) les ganglions intercostaux latéraux.

A la topographie ganglionnaire correspond exactement la topographie des abcès froids thoraciques.

2^o Arguments étiologiques : la tuberculose de la

plèvre se trouve t'elle fréquemment dans les antécédents de ces malades ?

Sur 84 cas de Fredet et de Lenormand rapportés dans la thèse de Kaufmam on a décelé trente fois l'atteinte antérieure de tuberculose. Mais ces chiffres établis sur des données classiques trop imprécises et incomplètes sont nettement inférieurs à la réalité.

La pleurésie séro-fibrineuse a été retrouvée une fois sur quatre. L'atteinte tuberculeuse de la plèvre semble donc être un fait fréquent chez les malades porteurs d'abcès froids thoraciques. Elle constitue un des meilleurs arguments en faveur de l'origine ganglionnaire des abcès froids thoraciques, la plèvre étant la principale région inoculatrice de ganglions de la paroi thoracique.

3° Arguments anatomopathologiques : la fréquence de l'atteinte tuberculeuse de la plèvre explique pourquoi certains auteurs (Leplat, Souligoux) ont considéré les abcès froids thoraciques comme des véritables tuberculomes pleuraux. Cependant dans presque tous les cas publiés on peut lire : plèvre libre.

Ni la péri-pleurite, ni l'empyème ne sont capables d'expliquer l'origine de ces abcès froids thoraciques. Entre la pleurésie qui existe cliniquement et l'abcès froid qui repose sur une plèvre libre et saine, il faut un intermédiaire : c'est le système lymphatique dont nous avons montré l'importance anatomique et pathologique.

L'aspect normal de la plèvre à l'intervention et le point de départ du processus morbide ne sont en réalité que deux faits en apparence opposés. « Il y a lieu de supposer que l'épisode initial pleural de la maladie a subi une évolution favorable et qu'il s'agit dès lors d'accidents pariétaux qui n'ont avec la pleurésie que des rapports successifs de cause à effet et non des rapports anatomiques de continuité ». Kaufmann.

Le tuberculome pleural de Leplat nous paraît donc être basé sur une mauvaise interprétation des faits. L'aspect de la poche suppurée enfin constitue un dernier argument en faveur de l'origine ganglionnaire des abcès froids thoraciques. Dans les observations de Fredet où l'on a opératoirement recherché l'adénopathie on l'a retrouvée.

En résumé trois points doivent être retenus dans la pathogénie des abcès froids thoraciques :

Fait anatomique (chaîne ganglionnaire mammaire interne et ganglions intercostaux drainent les lymphatiques de la plèvre.

Fait étiologique : la fréquence de l'inoculation pleurale ou pulmonaire.

Fait anatomo pathologique : l'absence fréquente de lésions osseuses cartilagineuses ou pleurales s'opposant à la présence fréquente de lésions ganglionnaires.

Un quatrième fait qui est le fait thérapeutique peut y être ajouté : la persistance fréquente de la fistule après la simple résection osseuse ou cartilagineuse.

La discussion sur l'origine des abcès froids thoraciques n'est pas une simple discussion théorique, c'est d'elle que dépend le traitement.

Si, comme nous le croyons on admet que les abcès froids thoraciques ont toujours comme point de départ une adénite, on sera conduit par cela même à les opérer d'une façon précoce et systématique.

Si, au contraire, on pense que c'est une lésion pleurale qui a déterminé l'abcès froid on sera de toute évidence beaucoup plus sobre d'intervention puisqu'on ne peut agir sur la lésion primordiale. Or cette pratique peut être dangereuse. La règle, en effet c'est qu'au début un ganglion seul est pris et quand on intervient sur ces abcès sans avoir attendu longtemps il suffit d'enlever le ganglion malade pour obtenir au prix d'une intervention bénigne une guérison rapide et stable.

Mais si on temporise des mois et des années en se berçant d'espoir que la guérison s'obtiendra par les petits moyens, on risque de voir les fistules se produire, s'infecter et la lésion s'étend alors considérablement, les côtes voisines, le sternum, les cartilages se prennent des décollements sous cutanés fusent au loin, la plèvre

et le poumon se prennent à leur tour et on est conduit à des opérations mutilantes de gravité certaine de résultat aléatoire et fort différentes de l'opération simple et régulièrement efficace que l'on aurait pu faire d'abord. Si d'autre part on admet que ce point de départ de ces abcès est l'ostéite ou la chondrite, la simple resection de l'os ou du cartilage malades suffirait pour guérir l'abcès.

L'expérience montre qu'elle aboutit souvent à la fistulisation prolongée.

Tels sont les principes sur lesquels doit reposer la méthode opératoire logique des abcès froids thoraciques. Elles consiste à ouvrir une large voie d'accès sur le foyer originel, en enlevant le segment de la paroi thoracique qui recouvre celui-ci. Comme il y a intérêt à obtenir la guérison le plus rapidement possible « cette résection est faite non pas au travers du diverticule superficiel de la poche purulente ou fongueuse, mais en sectionnant en tissu sain les éléments de l'opercule, ce qui permet d'extirper en vase clos, la lymphangite, l'adénite, l'abcès et les lésions squelettiques » (Fredet).

Si la lecture des observations rapportées par Fredet et Kaufmann comportait les réflexions ci-dessus exposées, le cas de notre malade vient corroborer les idées de Fredet. Il dépasse en intérêt la plupart des abcès thoraciques que nous sommes habitués à rencontrer et à opérer, en effet :

1° Il s'est présenté et avait été envoyé au Docteur Azoulay dans le service du Professeur Besançon comme porteur d'une tumeur endothoracique. Ce n'est qu'à la ponction que l'on a pu faire le diagnostic d'abcès. Il restait à en déterminer l'origine.

2° L'origine vertébrale possible de cet abcès a donné lieu à de nombreuses discussions, étant donné ses particularités et nous nous sommes longtemps demandé si nous devions l'opérer.

3° Même après l'opération (dans le service du Docteur Maurer) il peut exister encore des doutes sur la lésion initiale.

CHAPITRE II

Observation. — Edier âgé de 29 ans entre dans le service du Docteur Maurer à Laënnec en août 1937. Il présente un volumineux abcès froid thoracique situé dans la région dorsale droite, latéro-vertébrale. Cet abcès, fluctuant et sous cutané, a sa limite supérieure au niveau de la septième côte droite et se prolonge verticalement latéro-vertébral jusqu'au niveau de la crête iliaque droite dans sa partie toute postérieure pour se terminer seulement par un remplément dans le quart supéro-externe de la fosse iliaque externe il est partiellement réductible dans le thorax. Le début clinique remonte au moi de décembre 1936 ou le malade a accusé pour la première fois de vagues douleurs thoraciques de la région latéro-vertébrale, qui ont cédé spontanément en quelques semaines. En mars on fait une radiographie qui montre une ombre régulière arrondie, tranchant sur la clarté pulmonaire et prise à l'époque pour une tumeur thoracique, bien que des ombres parenchymateuses indiscutables du 1/3 supérieur des deux poumons soient très visibles sur la radiographie pulmonaire.

Les radiographies de juillet 1937 mettent en évidence la partie supérieure de la collection : de face son image se projette au milieu de l'hémithorax droit sur la hauteur de 5 vertèbres: les 6^e, 7^e et 8^e, ses contours sont arrondis, réguliers et représentent exactement l'image radiographique d'un rein avec son bord externe convexe, ses deux pôles, son hile concave. De profil on vérifie son siège postérieur, latéro vertébral dans la gouttière costo-vertébrale, avec la même régularité de contours.

Le malade s'était présenté comme porteur d'une ombre sphérique intra thoracique et le diagnostic radiologique aurait pu être discuté cette image pouvant simuler celle :

- d'un kyste dermoïde,
- d'un kyste hydatique,
- d'un kyste plein congénital,
- d'un cancer du poumon,
- d'une tumeur bénigne (lipome),
- d'une tumeur de la paroi (sarcome chondrome)

Mais en avril 1937 une tuméfaction dorsale était apparue. Une ponction exploratrice de la tuméfaction avait confirmé la présence d'une collection tuberculeuse. Depuis cette époque l'abcès a progressé régulièrement malgré les ponctions évacuatrices pratiquées tous les quinze jours. L'état général est assez bon, il n'y a pas de température, l'appétit est conservé

mais on note un amaigrissement de quelques kilos ; le malade a 1 ou 2 crachats tous les deux jours et il n'a jamais été permis de trouver des bacilles de Koch même après homogénéisation.

On trouve dans les antécédents personnels la présence d'un abcès froid du cou de pied guéri en quelques mois, le malade avait alors 7 ans.

Cette image au niveau du thorax est celle d'un abcès d'origine vertébrale. En effet, l'abcès pottique dorsal, au début du moins, ne fuse pas au loin et on ne trouve pas toujours l'image en fuseau de l'abcès cervical qui suit la gaine du long du cou, ou celle de l'abcès des dernières vertèbres dorsales, et des vertèbres lombaires qui suit la gaine du psoas. L'abcès dorsal s'étale souvent à la face interne de la cage thoracique en refoulant la plèvre, prenant l'aspect bien connu de « nid d'oiseau » appendu à la colonne dorsale, et ultérieurement il s'insinue à travers un espace intercostal, comme dans le cas particulier, avec une poche profonde, et une poche superficielle, réunies par un étranglement, c'est un abcès en bissac.

On pourrait donc penser à un mal de Pott dorsal, à une tuberculose d'un corps vertébral et nous en avons cherché les signes radiologiques et les signes cliniques, or, les uns et les autres étaient absents. Les radiographies de la colonne dorsale sont normales. Les contours osseux des vertèbres sont absolument régu-

liers, et on ne remarque aucune caverne, aucune perte de substance. Les disques intervertébraux ne sont pas écrasés il n'y a pas le tassement intervertébral que l'on observe souvent avant de voir les signes osseux radiologiques. Il n'y a pas la moindre incurvation vertébrale, latérale ou antéro postérieure.

L'absence de signes radiologiques ne doit cependant pas faire rejeter d'emblée ce diagnostic, car on sait que chez l'adulte et surtout au niveau de la région dorsale ils peuvent manquer ou être très discrets alors qu'il existe déjà un abcès.

Pas plus que de signes il n'existait de symptômes cliniques. Les douleurs en ceinture n'ont jamais existé et le malade n'a présenté qu'une légère douleur passagère en décembre 1936. Le rachis est souple et sans contracture, et on peut l'incurver dans tous les sens d'une façon normale. Enfin il n'y a pas le moindre signe de paraplégie, la marche et les réflexes sont absolument normaux.

Sans doute on pouvait aussi envisager la possibilité d'une tuberculose vertébrale postérieure, c'est-à-dire une tuberculose du pédicule ou de l'arc postérieur qui sont la plupart du temps le premier stade d'une tuberculose du corps vertébral, l'absence de signes osseux radiologiques a fait non pas rejeter complètement ce diagnostic, mais rechercher une autre origine possible que l'origine vertébrale.

Cet abcès froid thoracique n'était il pas un abcès froid de la paroi thoracique ?

L'abcès froid de la paroi thoracique a donné lieu au point de vue étiologique à des discussions multiples dont nous avons abondamment parlé dès le début de cet exposé. Fredet et Kaufmann ont confirmé pièces en main la manière de voir de Souligoux qui dès 1894 a montré que ces abcès froids étaient consécutifs à des lésions tuberculeuses pleuro-pulmonaires et que ces abcès n'étaient que des lymphangites ou des adeno-lymphangites tuberculeuses suppurées.

Lorsqu'on observe un abcès faisant saillie sous la peau comme chez notre malade, cet abcès n'est, dans l'immense majorité des cas qu'un diverticule d'une poche profonde endothoracique où siège l'origine de la lésion, même si la masse superficielle n'est pas réductible dans le thorax et ne subit pas l'impulsion à la toux, signes inconstants. Il faut donc s'attaquer dans la profondeur au foyer initial dont l'ablation seule est capable d'assurer la guérison et dans la plupart des cas il est possible d'établir comme chez notre malade, que la lésion causale est une adénite tuberculeuse.

En effet, les abcès froids de la paroi thoracique sont localisés en trois régions d'élection :

- 1) Sur le bord du sternum ;
- 2) Un peu en avant de la ligne axillaire près du bord inférieur du thorax.

3) Un peu en arrière de cette ligne et près de l'angle des côtes. Or ce sont précisément les zones . Les abcès du premier groupe les plus fréquents proviennent des ganglions satellites des vaisseaux mammaires internes.

Ceux du deuxième groupe ont leur origine au niveau des ganglions de la branche diaphragmatique supérieure de l'artère mammaire interne, au niveau des ganglions intercostaux latéraux et des inconstants ganglions de la convexité du diaphragme.

Les abcès postérieurs sont ceux des ganglions intercostaux postérieurs ou juxta vertébraux latéro-aortiques, et ce devait être la localisation anatomique de l'abcès froid de notre malade.

Tous ces ganglions sont tributaires de la plèvre, et c'est par elle qu'ils sont infectés, et chez les sujets atteints d'abcès froids des parois thoraciques, on observe presque toujours ou des lésions pulmonaires actives où dans les antécédents une pleurésie sèche ou séro-fibrineuse.

C'est le cas de notre malade ce qui nous oblige à répéter à propos de son cas objectif toutes les réflexions tous les arguments que comportait la simple lecture des observations de Fredet.

On remarque sur ces radios des lésions pulmonaires discrètes mais certaines des deux côtés. L'inoculation se fait directement par les lymphatiques pleuraux. Il s'agit d'une péri pleurite et au cours des interven-

tions on observe l'intégrité de la plèvre pariétale. Pensant donc à un abcès froid de la paroi thoracique postérieure le Docteur Lejeune a décidé chez notre malade l'intervention chirurgicale qui fut pratiquée le 31 août, sous anesthésie locale.

Après incision verticale sur toute la longueur de l'abcès on commença par enlever en totalité l'abcès superficiel en passant en zone saine, c'est-à-dire en pleine masse musculaire, jusqu'au pôle inférieur de l'abcès, en pleine fosse iliaque externe et en dissequant la partie supérieure on a trouvé le petit pertuis passant entre la 6^e et la 7^e côte. On s'apprêtait à reséquer ces deux côtes, afin d'enlever avec facilité la poche profonde et la décoller de la plèvre pariétale. On fit auparavant une exploration endothoracique avec une sonde cannelée et une curette et on est tombé dans la poche endothoracique de l'abcès froid mais aussi sur un corps vertébral, le septième, érodé, près de la naissance du pédicule. On eut alors des craintes que l'origine soit pottique on s'est abstenu de reséquer les côtes à la curette, on enleva la poche profonde qui était au contact de la plèvre pariétale non, sans curetter avec précaution le foyer d'ostéite vertébrale.

En raison de l'importance de la zone cruentée où, malgré l'hémostase la plus soigneuse, il existe toujours un suintement sanguin et lymphatique et aussi parce

qu'on avait été impossible de ne pas ouvrir l'abcès au cours de son ablation, on mit une mèche iodoformée dans le lit de l'abcès, dans le thorax et en dehors, sans aucun point de rapprochement.

Les suites opératoires furent simples, le malade est sorti un mois après son opération et depuis plusieurs mois la plaie est complètement cicatrisée. L'état général est excellent et le sujet a engraisé de 5 kilogrammes. Sur les dernières radiographies de novembre 1937 l'ombre thoracique avait complètement disparu et le squelette vertébral ne montrait plus rien d'anormal.

Cette observation est particulièrement instructive et en elle même et pour confirmer les idées de Fredet. Le diagnostic est passé par trois étapes.

La première radiologique où l'ombre observée par son extrême régularité de contours, par l'homogénéité de l'ombre fait porter le diagnostic de tumeur endothoracique.

D'autre part la notion d'abcès étant posée et confirmée par la ponction exploratrice il faut alors en préciser l'origine et penser soit à un abcès pottique, soit à un abcès froid de la paroi thoracique postérieure. Le pronostic et la conduite à tenir étaient diamétralement opposés.

Si l'on peut dire qu'un argument ne vaut que par l'observation sur laquelle il repose nous sommes

heureux de constater que l'observation de notre malade confirme point par point les idées de Fredet sur l'origine ganglionnaire des abcès froids thoraciques. Cette origine ganglionnaire est pour nous l'évidence même.

Une deuxième observation à peu près identique vient illustrer et confirmer les mêmes arguments. M. Malgonyres, service du Docteur Pruvost à l'hôpital Laënnec (dossier des pneumothorax hospitalisés au dispensaire Léon Bourgeois). Enfin il est parvenu à notre connaissance le fait suivant qui plus encore que les précédents, semble confirmer la pathogénie des abcès froids thoraciques.

Le Docteur Arnoult de Passy au cours d'une thoracoplastie pratiquée par le Docteur Maurer a fait un prélèvement de ganglion de la paroi thoracique. Le sujet opéré ne présentait aucun signe ni clinique ni radiologique d'abcès froid de la paroi thoracique. L'inoculation au cobaye de ce prélèvement a pourtant été positive. Ce fait non encore publié à notre connaissance mais qui le sera prochainement confirme de manière brillante les idées de Fredet sur l'origine ganglionnaire des abcès froids de la paroi thoracique.

CONCLUSIONS

I. Nous avons examiné les théories relatives à l'origine des abcès froids thoraciques.

II. Une telle discussion n'a pas qu'une simple valeur théorique, car en effet, c'est elle qui conditionne le traitement.

III. Le diagnostic peut dans certains cas limités être particulièrement délicat et orienter soit vers le lymphogranulome malin, soit vers l'adénopathie hilare, soit vers le kysteaérien etc...

IV. Il semble que la thérapeutique de choix soit l'intervention chirurgicale.

V. La plupart des abcès froids thoraciques relèvent de l'intervention de Fredet, modifiée par Kaufmann.

Vu : le Président de la thèse,
TROISIÈRE.

Vu : le Doyen,
TIFFENEY .

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris :
G. ROUSSY.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

FREDET (P.). — *L'origine des abcès froids de la paroi thoracique. Leur traitement rationnel.*

KAUFMANN (Robert). — *Pathogénie des abcès froids thoraciques.*

TIXIER. — *Sur un abcès froid thoracique. L'origine chondrale.*

COTTE (C.). — *Tuberculose de la paroi thoracique, « Lyon chirurgical », XX 1923 p. 546.*

